

WOL

welfare on line

Webzine dell'Associazione Nuovo Welfare
Anno VI, Numero 5, Luglio 2010

www.nuovowelfare.it
info@nuovowelfare.it



Foto di Marco Biondi

In questo numero:

"Dieci anni di operatività sono stati sufficienti al Piano di Zona per trasformare qualitativamente le politiche sociali locali?" di *Francesco Montemurro* – pag. 2

"Immigrazione e promozione della salute. Il progetto Healthy Inclusion: sfide, opportunità e strategie per il cambiamento" di *Patrizia Di Santo* – pag. 5

"A lezione con Ascanio Celestini: usare l'arte per raccontare il sociale" di *Flavia Bagni e Zaira Bassetti* – pag. 10

Le nostre rubriche:

"Cineforum" a cura di *Matteo Domenico Recine* – pag. 4

"LibrInMente" a cura di *Silvia Spatari* – pag. 13

Dieci anni di operatività sono stati sufficienti al Piano di Zona per trasformare qualitativamente le politiche sociali locali?

In base all'articolo 19 della Legge quadro sull'Assistenza, la 328 del 2000, il Piano di Zona (PdZ), o ambito territoriale sovracomunale, avrebbe dovuto garantire la realizzazione di una rete di servizi sociali mirati alla persona, attraverso la gestione associata dei Comuni e il coinvolgimento attivo dei soggetti del Terzo settore, sollecitati a partecipare alla progettazione e alla gestione degli interventi.

Effettivamente, oggi, in alcuni territori il Piano consente ai Comuni di realizzare sinergie ed economie di scala per l'erogazione delle prestazioni sociali, liberando risorse per gli interventi cosiddetti innovativi (miglioramento delle relazioni sociali, integrazione dei servizi sociali con gli interventi formativi e per l'inserimento lavorativo) e garantendo standard di offerta adeguati anche nei piccoli Comuni.

Tuttavia, i Piani di Zona non sono ancora entrati pienamente a regime in almeno 4 Regioni: Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia. E nelle aree territoriali dove sono effettivamente operativi, almeno il 60% dei Piani sovracomunali non garantisce una gestione unitaria e integrata di tutti gli interventi sociali ma si limita in sostanza a sommare le risorse dei singoli Comuni, consentendo così agli stessi di continuare a gestire l'assistenza in modo tradizionale.

Enormi sono, inoltre, i divari negli impegni finanziari e nelle prestazioni sociali erogate. Ad esempio, la spesa pro-capite annua rilevata nel Sud risulta pari a un terzo delle risorse impegnate nel Nord-Est.

Sono questi i principali risultati di un'indagine promossa dallo SPI CGIL nazionale. Obiettivo prioritario dell'iniziativa è l'acquisizione di elementi conoscitivi sui principali risultati dell'esperienza dei Piani di Zona allo scopo di fornire un contributo al dibattito sul miglioramento e potenziamento della gestione associata dei servizi sociali, anche in prospettiva dell'approvazione, da parte del Parlamento, della nuova Carta delle Autonomie.

Infatti, lo schema di riordino degli enti territoriali, approvato a novembre dal Consiglio dei Ministri e attualmente all'esame dell'aula di Montecitorio, prevede che le Regioni disciplinino nuovamente le forme di gestione associata dei servizi comunali, con la possibilità di coinvolgere negli ambiti sovracomunali tutti i Co-

muni con popolazione inferiore ai 100mila abitanti.

Nello specifico, attraverso l'indagine realizzata, lo SPI CGIL ha inteso:

- realizzare un bilancio del Piano di Zona, individuando differenze regionali e modelli emergenti;

- esaminare le esperienze dei "Piani Regolatori Sociali" (PRS), attivati soprattutto nelle grandi città;

- individuare le principali dinamiche della spesa sociale dei Comuni (attraverso la lettura dei consuntivi 2004-2008) e analizzare i processi di esternalizzazione dei servizi alla persona.

L'analisi si è articolata in tre parti.

1. In una prima fase sono stati esaminati 118 documenti di Piano di Zona con lo scopo di cogliere i tratti fondamentali della programmazione sociale, con particolare riguardo alle indicazioni per la realizzazione degli interventi e l'attivazione delle risorse finanziarie necessarie. I documenti sono stati rilevati presso i PdZ delle seguenti Regioni: Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, e Veneto.

2. Inoltre, sono state realizzate 20 interviste al fine di esaminare in modo più approfondito i temi dell'organizzazione sociale (gestione associata delle funzioni e dei servizi, integrazione socio-sanitaria, articolazione della rete dei servizi) e della *governance* (modalità di coinvolgimento dei soggetti del Terzo settore, funzionamento dei "Tavoli dei Sindaci"), nonché i principali risultati ottenuti dai Piani di Zona predisposti da Comuni di dimensioni demografiche medio-grandi (con oltre 30mila abitanti).

Le interviste hanno interessato le esperienze dei Piani Regolatori Sociali (in particolare le città di Roma, Genova e Torino) e dei seguenti PdZ: Alessandria, Ancona, Bari, Bologna, Brescia, Campobasso, Catania, Firenze, La Spezia, Lucca, Milano, Modena, Palermo, Parma, Potenza, Salerno e Treviso.

3. L'analisi ha poi preso in esame dati e informazioni relativi alla spesa sociale, attraverso il ricorso a fonti regionali e ai Bilanci dei Comuni con più di 30mila abitanti.

A livello geografico, i 118 Piani di Zona esaminati sono così distribuiti: 24 del Nord-Ovest, 19 del Nord-Est, 31 del Centro, 44 del Sud.

Le Regioni con il numero più basso e più elevato di Piani di Zona esaminati sono rispettivamente la Basilicata (9) e la Toscana (18).

Principali risultati

Le attività (interventi e servizi) più ricorrenti nell'ambito della programmazione dei PdZ sono, nell'ordine: interventi di promozione del benessere sociale (finalità di aggregazione, socio-culturali e di promozione della cittadinanza, riscontrati nel 34% degli interventi previsti); servizi domiciliari (assistenza domiciliare generica e integrata, telesoccorso, ecc., rinvenuti nel 28% dei casi); erogazione di sussidi economici e trasferimenti monetari (assegni di cura, contributi, buoni sociali e voucher nel 26% dei casi); interventi di contrasto alle emergenze sociali (povertà, emergenze immigrati e abitativa, primo soccorso, ecc., rintracciati nel 12% dei documenti analizzati).

Le aree di intervento riguardano prioritariamente: famiglia, anziani, minori, seguite dall'area della salute (costituita da disabili, salute mentale, dipendenze patologiche, Aids) e, infine, dall'area dell'inclusione (riguardante i servizi per migliorare la qualità della vita, le politiche abitative, gli interventi per contrastare le povertà economiche, gli interventi di sicurezza sociale e a favore dei reclusi).

In numerosi PdZ gli interventi domiciliari e per la promozione del benessere sociale risultano prevalenti, in termini del numero di azioni previste e della quota di risorse da essi assorbite (ad esempio, Avellino, Modena, Reggio Emilia, Roma e Salerno).

Tuttavia, va segnalata la bassa quota di risorse destinate agli interventi di contrasto alle emergenze sociali e alla povertà (18% del totale), tenuto conto della progressiva crescita, nel nostro Paese, del plotone delle persone in condizioni di estremo disagio e a rischio di povertà.

Ad ogni modo, lo strumento del Piano di Zona si è dimostrato molto utile nell'attivazione di nuovi servizi, con particolare attenzione alle aree tematiche che riguardano gli anziani, l'infanzia e i disabili, soprattutto in termini di risorse stanziare. Infatti, nel 40% dei PdZ esaminati, predisposti nel triennio 2007/2009, è stata prevista l'attivazione di almeno un nuovo intervento/servizio. Inoltre, ulteriori punti di forza riguardano il perseguimento di obiettivi di promozione sociale (Legge 328/2000) e di prevenzione dal disagio, la diversificazione degli

interventi sociali, il tentativo di coinvolgere nella programmazione sociale i soggetti del Terzo settore, la realizzazione di esperienze di rendicontazione sociale e di bilancio partecipativo.

Un'ulteriore nota positiva viene dall'esperienza del Piano Regolatore Sociale.

Il PRS ha lo scopo di impegnare l'amministrazione comunale nella programmazione, progettazione e realizzazione del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali. Allo stesso tempo, esso rappresenta lo strumento con cui leggere le politiche cittadine di sviluppo dal punto di vista del bisogno (grazie al lavoro di coinvolgimento attivo di persone e famiglie), della domanda sociale, dei diritti sociali e di standard urbani fondati su processi di sostenibilità sociale, ambientale e territoriale. All'analisi del territorio e alle linee strategiche di azione si affiancano i progetti di intervento concreti, cittadini e circoscrizionali/municipali, tutti con tempi di realizzazione precisi. Obiettivo prioritario è favorire lo sviluppo di un welfare comunitario.

Sotto questo profilo, nelle città di Genova, Roma e Torino, il PRS ha consentito agli amministratori di inquadrare gli interventi dei Piani di Zona entro una cornice di programmazione strategica, volta a integrare le politiche sociali nella dimensione della programmazione urbanistica, a favorire la partecipazione delle associazioni e dei cittadini e a raggiungere obiettivi di aumento della copertura della domanda.

Criticità

Il PdZ si è dimostrato poco attento al perseguimento di alcuni importanti obiettivi fissati dalla riforma dell'assistenza: l'integrazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali) per la programmazione sociale e la gestione associata dei servizi alla persona; l'integrazione tra sistema sociale e settori per l'occupazione, l'istruzione e la formazione.

In particolare, l'integrazione delle risorse umane e finanziarie nell'ambito della programmazione di zona (gestione unitaria degli interventi socio-assistenziali) riguarda solo il 18% dei Piani di Zona (esperienze in Toscana, Emilia Romagna, Piemonte e Veneto). Il 22% dei PdZ prevede una gestione mista (unitaria e a cura del singolo Comune) degli interventi sociali; infine, circa il 60% dei PdZ imposta la programmazione sociale sulla base della gestione dei singoli Comuni (in particolare nel Sud).

In numerosi casi, inoltre, emerge una separazione netta tra indirizzi politici e programma-

zione sociale. Spesso, infatti, gli interventi sociali programmati non rispondono agli indirizzi fissati (anzi, in diversi casi non fissati) dal ceto politico (programma elettorale, linee di mandato, relazione revisionale e programmatica, ecc.).

Sotto questo profilo, va segnalato che, nel 45% dei PdZ, la relazione "indirizzi politici - programmazione - gestione" appare debole e non strutturata adeguatamente. Mentre, il 40% dei documenti di PdZ non tratta in modo adeguato ruoli e funzioni del ceto politico.

Infine, accade che le decisioni sulla ripartizione della spesa e degli interventi vengano adottate sulla base di criteri tecnici (compatibilità finanziarie, scelta discrezionale della dirigenza) in mancanza di una adeguata lettura dei bisogni.

● **Francesco Montemurro***

* Sociologo, direttore dell'Ires Lucia Morosini, collabora con l'Auser. Scrive per Il Sole 24 Ore sui temi del welfare e delle politiche di bilancio.

Cineforum

a cura di

Matteo Domenico Recine

4 mesi, 3 settimane e 2 giorni

Uscito nelle sale più o meno tre anni fa con la regia del romeno Cristian Mungiu e premiato con la Palma d'oro a Cannes, assolutamente meritata.

Durissimo e assai poco indulgente, *4 mesi, 3 settimane e 2 giorni* è ambientato negli anni precedenti la caduta di Ceausescu e narra le vicende di Gabjta, una ragazza che, rimasta incinta involontariamente, decide di abortire. Aiutata dall'amica Otilia, Gabjta sembra non in grado di focalizzarsi sulle implicazioni delle sue *scelte e non scelte*. Tutto il peso e le conseguenze delle sue azioni ricadono su Otilia, che resterà a fianco dell'amica in modo commovente, spasmodico e totale. È Otilia, infatti, a trovare l'albergo dove attendere il medico per l'aborto clandestino. Ed è sempre lei, quando il medico cambia idea (dopo aver saputo che Gabjta è incinta da più di tre mesi) a cedere al suo ricatto e a fare sesso con lui in cambio dell'operazione. È sempre lei, dopo l'aborto, a rischiare di essere arrestata, nel tentativo di far sparire dall'altra parte della città il feto morto. Il film si chiude come se nulla fosse accaduto, e sembra porre un quesito: che senso ha vietare qualcosa che per questo accade comunque, in condizioni assai peggiori?

Il film di Mungiu, pur ambientato in Romania, e in tempi storici peculiari, è in realtà un film che esula dallo specifico contesto (la città, ad esempio, non è mai chiaramente citata), la dittatura funge da base, ma in realtà ciò che emerge è la disperazione di chi si lascia trasportare dagli eventi, di chi deve fare certe scelte senza essere tutelato né dallo Stato né dalla società. A parte la crudezza dei temi (e in alcuni casi delle immagini), emerge un'idea forte e solida di cinema, per mezzo della quale il regista riesce a tenere lo spettatore col fiato sospeso per tutto il film, grazie a un montaggio teso e ricchissimo di micro eventi, che lo guida verso la realizzazione di ciò da cui parte il tema iniziale. Il personaggio di Gabjta risulta davvero insopportabile, nella sua disperata accidia, in alcuni momenti del film, e questo spinge gli spettatori a entrare ancor di più in sintonia emotiva con Otilia. La cui interprete è peraltro davvero perfetta.

Un film di Cristian Mungiu. Con Anamaria Marinca, Laura Vasiliu, Vlad Ivanov, Alex Potocean, Luminita Gheorghiu, Adi Carauleanu.

Drammatico, durata 113 min. - Romania 2007. - Lucky Red.

Uscita venerdì 26 marzo 2010.

Immigrazione e promozione della salute. Il progetto Healthy Inclusion: sfide, opportunità e strategie per il cambiamento

L'articolo nasce dalla partecipazione di Studio Come al progetto europeo Healthy Inclusion, realizzato in collaborazione con 8 partner europei. Il progetto è stata un'occasione per approfondire alcuni temi particolarmente rilevanti per l'attività di ricerca e consulenza dello Studio, in particolare le **disparità di salute e di accesso ai servizi**. Healthy Inclusion ha consentito di confrontare con partner europei l'approccio teorico di Studio Come, e in particolare alcuni aspetti di quella che viene definita **la sanità condivisa**¹. Secondo questo approccio, le pratiche di sanità condivisa si distinguono per il ruolo centrale attribuito al soggetto fruitore e all'ambiente in cui vive, nella gestione, nell'erogazione e nella programmazione del servizio, secondo il paradigma della sussidiarietà. Il modello di intervento della sanità condivisa è quindi centrato sulle energie che malati, familiari e associazioni - a cui viene riconosciuto un ruolo essenziale - portano nel sistema, trasformando il paradigma culturale del processo di cura e l'organizzazione dei servizi. Favorire l'iniziativa dei malati singoli e associati significa, infatti, accettare che possano introdurre all'interno del sistema dei servizi socio-sanitari delle logiche alternative, o meglio "sussidiarie", a quelle professionali.

La ricerca

L'obiettivo fondamentale del progetto è individuare strategie e strumenti per facilitare l'accesso degli stranieri ai servizi di promozione della salute, aumentando la capacità di dirigenti e operatori di accogliere, orientare e accompagnare i cittadini stranieri nella rete dei servizi.

La ricerca, condotta in 8 Paesi europei, si è rivelata particolarmente interessante perché ha permesso di mettere a confronto diverse culture e differenti sistemi di welfare. Infatti, alcuni dei Paesi coinvolti sono del Nord e del Centro Europa - Austria, Danimarca, Olanda - nei quali il sistema di welfare è consolidato e con una grande tradizione in tema di immigrazione e di politiche di integrazione. L'Italia, invece, pre-

senta un sistema di welfare debole, formalmente universalista, caratterizzato da *scalini* e difficoltà di accesso ai servizi e con una esperienza piuttosto recente in tema di immigrazione e di politiche di integrazione. Mentre Paesi europei recentemente inseriti nella UE, come la Repubblica Ceca e l'Estonia, da cui partono i grandi flussi migratori, stanno lavorando per ricostruire il proprio sistema economico e di protezione sociale.

Una delle difficoltà dei progetti europei è trovare accordi sul metodo da utilizzare per consentire il confronto tra realtà differenti. Nel nostro caso, il primo passo è stato concordare sulle definizioni di promozione della salute, sul profilo degli erogatori di servizi e sul target dei cittadini stranieri².

Partire dalla definizione di promozione della salute come proposta dalla Carta di Ottawa ha permesso di adottare un approccio al tema della salute e della malattia che, da un lato, attribuisce un forte ruolo di protagonismo ai cittadini, ai quali è richiesta conoscenza, responsabilità e capacità di autogestione nei confronti della propria salute; dall'altro, richiede a tutti i settori delle politiche sanitarie, sociali, ecc. lo sviluppo di una forte sinergia programmatica e gestionale, per creare le condizioni per il miglioramento dello stato di salute sia individuale che collettivo.

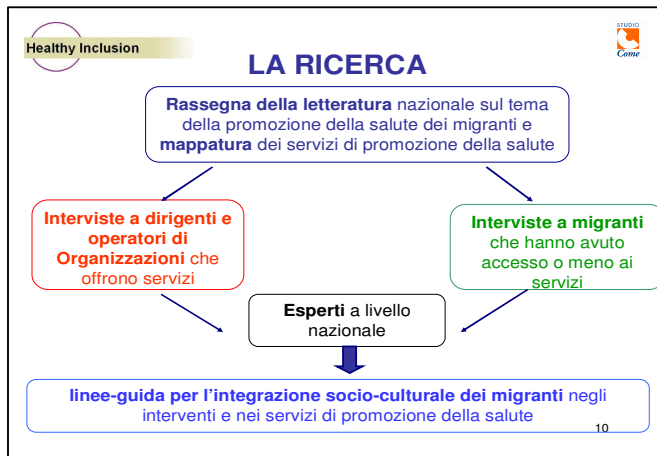
L'approccio metodologico

La ricerca ha indagato contemporaneamente i diversi punti di vista dei principali attori del sistema sanitario: da una parte, gli erogatori, dirigenti e operatori di organizzazioni che offrono servizi di promozione della salute; dall'altra, i migranti, gli utilizzatori reali e potenziali dei servizi. L'ultima fase ha coinvolto esperti a li-

2 "La Promozione della salute è un processo che mira al miglioramento degli stili e delle condizioni di vita della popolazione, dell'ambiente fisico e sociale e che considera la partecipazione dei soggetti target come fine e come mezzo, rafforzando le azioni di comunità, sviluppando capacità personali e riorientando i servizi per la salute. (HEALTH PROMOTION) Carta Ottawa 1986". La ricerca ha riguardato gli erogatori di servizi indirizzati a tutta la cittadinanza e non esclusivamente a cittadini stranieri. Target della ricerca sono i cittadini stranieri nati in un altro Paese e che risiedono in quello ospitante da più di 5 anni con un permesso regolare.

1 P. Di Santo, P. Piva, *Verso una sanità aperta al sociale? Fare spazio a un'intensa domanda di convergenza*, Pagg. 26-40, Febbraio n° 230, Animazione Sociale. Animazione sociale e sanitaria (2009).

vello nazionale che, a partire da quanto emerso dalle due fasi precedenti, hanno elaborato linee guida per l'integrazione socio culturale dei migranti nei servizi e negli interventi di promozione della salute.



I risultati

Il contesto italiano

Lo studio realizzato ha permesso di approfondire la situazione del nostro Paese, nel quale, nonostante il sistema di welfare sia orientato verso i principi dell'universalismo e dell'uguaglianza, si riscontrano ancora profonde differenze nelle condizioni di salute e nell'utilizzo dei servizi da parte dei diversi strati della popolazione.

La nostra Costituzione individua nel diritto alla salute e nella realizzazione dell'uguaglianza sostanziale i capisaldi dei diritti di cittadinanza, ma nella realtà permangono rilevanti disuguaglianze nella salute. In particolare, il federalismo, il trasferimento della responsabilità della programmazione dei servizi sanitari dal Governo centrale alle Regioni in base alla riforma del Titolo V hanno determinato una forte differenziazione tra Regioni Italiane. L'accoglienza degli immigrati nei servizi sanitari e la presenza di strutture a loro dedicate è ancora a macchia di leopardo: ad esempio solo in 14 regioni sono presenti gli ambulatori STP (stranieri temporaneamente presenti)³.

Numerosi studi e ricerche rivelano che i cittadini stranieri incontrano maggiori ostacoli e difficoltà a inserirsi nei percorsi di assistenza sanitaria e che complessivamente accedono ai servizi sanitari meno degli italiani. Condizione economica e sociale, genere e provenienza

sembrano essere le variabili che determinano le differenze di salute e di accesso ai servizi.

Il Pronto soccorso e i servizi di emergenza sono quelli a cui gli stranieri si rivolgono più frequentemente. Secondo una ricerca Istat (2008), a parità di età e di condizioni di salute, il 66% in più degli stranieri accede ai servizi di emergenza, mentre è decisamente più bassa (del 14%) la propensione dei cittadini stranieri all'utilizzo dei servizi sanitari generali, rispetto alla popolazione italiana. Infatti, mentre l'utilizzo dei servizi ospedalieri è simile per le due popolazioni, il ricorso a visite specialistiche è molto meno diffuso tra gli stranieri rispetto agli italiani. Per analizzare e comprendere appieno tale fenomeno, i dati vanno incrociati con alcune variabili fondamentali, quali genere, età e titolo di studio. C'è, infatti, una prima differenza che riguarda gli uomini e le donne nell'utilizzo dei servizi sanitari, che rivela la maggiore attenzione delle donne alla cura della propria salute. Ma profonde differenze persistono anche tra donne italiane e straniere: nella fascia di età 18-34 anni queste ultime presentano un tasso di ricovero del 5,1%, quasi doppio rispetto a quello delle prime (2,8%).

Queste differenze risultano ancora più significative se si analizzano i servizi di prevenzione oggetto di indagine di Healthy Inclusion. Anche in questo caso, le donne sembrano essere più attente alla propria salute, nonostante persistano gradi di differenze tra italiane e straniere. Ad esempio, nella fascia di età 25-64 anni, popolazione target per il pap test, solo il 50% delle donne straniere effettua lo screening, contro il 71,6% delle italiane. Nella fascia di età 50-64 anni, target dello screening annuale, solo il 42,9% delle straniere effettua la mammografia, contro il 73,1% delle italiane. Il titolo di studio assume una rilevanza fondamentale: infatti effettua il pap test il 65% delle donne straniere con titolo di studio alto e solo il 42% di quelle con titolo di studio basso.

Questo primo quadro di analisi traccia il profilo dell'offerta del nostro servizio sanitario nazionale: troppo sbilanciato verso l'ospedale e la cura dell'acuzie, poco orientato alla medicina territoriale e alla prevenzione. L'altro elemento emerso è che la permanenza lunga nel nostro Paese, la conoscenza della lingua e il titolo di studio sono elementi chiave per l'accesso ai servizi. Ancora una volta, dunque, si delinea la fotografia di un servizio sanitario che, a differenza di quanto definito e previsto per legge, richiede ai cittadini *competenze* per accedere

³ Dati Dott.ssa G. De Giacomi - Agenas (Agenzia Nazionale per Servizi Sanitari Regionali).

alle risorse e *capacità* di esercitare il proprio diritto alla salute⁴.

La prospettiva degli erogatori

La prima fase di ricerca ha approfondito la prospettiva degli erogatori dei servizi con l'obiettivo di individuare strategie e soluzioni per promuovere l'accesso ai servizi e identificare le buone prassi nazionali e locali. È stata avviata la mappatura dei servizi di promozione della salute in tutte le Regioni italiane e sono state realizzate 15 interviste semi-strutturate a erogatori di servizi. Le dimensioni chiave esplorate sono state: caratteristiche degli utenti, caratteristiche del servizio, temi da affrontare, strategie di comunicazione, procedure d'accesso adottate, strategie politiche messe in atto per facilitare l'accesso degli stranieri, tipologia e durata dei finanziamenti previsti. Dall'analisi effettuata è risultato che c'è una forte prevalenza di attività informative e consultoriali, di interventi sanitari rivolti a donne, bambini e giovani (forte attenzione sulla salute riproduttiva e infantile). Il profilo dell'utente tipo è uno straniero presente in Italia da molti anni, con una buona conoscenza della lingua e con un buon livello di alfabetizzazione. L'ambiente prevalente di erogazione è sanitario (ambulatori, consultori, ecc).

La voce dei migranti

La seconda fase di ricerca ha permesso di raccogliere informazioni sui fattori che facilitano o ostacolano l'accesso ai servizi, dalla voce diretta dei migranti.

Sono state realizzate 20 interviste in profondità a cittadini stranieri, appartenenti alle 3 comunità più numerose in Italia (Albanesi, Marocchini e Rumeni), condotte in lingua madre da mediatori interculturali. La ricerca ha indagato sulle seguenti dimensioni: la percezione dello stato di salute, le caratteristiche del servizio, i temi da affrontare, le strategie di comunicazione, le procedure d'accesso e i costi. I risultati hanno mostrato un utilizzo prevalente di servizi per la salute riproduttiva e infantile, spesso legato alla necessità di affrontare patologie già manifeste o presunte tali. Dai risultati emergono però informazioni preziose su cosa gli intervistati intendono per "salute". Per gli intervistati sentirsi bene è una condizione per integrarsi nella società: stare in salute dà la

possibilità di lavorare, di avere una autonomia economica e di vivere, quindi, una "vita normale".

Per gli stranieri intervistati gli elementi che favoriscono l'accesso ai servizi sono: la gratuità, la flessibilità oraria, la disponibilità di materiale informativo tradotto in lingua madre, la presenza di mediatori culturali e di staff preparato, la semplificazione delle procedure di accesso, il contatto e la collaborazione con le comunità straniere, la possibilità di incontrare esperti di medicina tradizionale.

Imparare dalle esperienze

Alla ricerca empirica è stato affiancato il lavoro di mappatura di buone prassi presenti sul territorio nazionale, con l'obiettivo di individuare il *filo rosso* tra le diverse esperienze: le strategie seguite da amministratori locali, dirigenti e operatori per favorire l'accesso degli stranieri ai servizi di promozione della salute. Questa fase ha riguardato tutto il territorio nazionale e sono stati selezionati circa 30 servizi di promozione della salute.

Dalla mappatura e dalle interviste effettuate è emerso che i servizi, gli interventi e i progetti considerati appropriati e accoglienti per i migranti presentano tutti alcune qualità organizzative che li mettono in grado di utilizzare al meglio le risorse e gli stimoli interni ed esterni. In tutti i servizi e le esperienze selezionate sono presenti, infatti, alcune dimensioni organizzative che abbiamo chiamato *qualità trasversali*⁵: accoglienza, accompagnamento, partecipazione, flessibilità e apertura al territorio.

Un servizio *accogliente* non discrimina gli utenti (in base a reddito, etnia, cultura, ecc.), forma gli operatori all'intercultura, è interessato a conoscere la diversità dei valori e dei metodi di cura, rispetta e valorizza le differenze etniche, culturali e religiose. In questa direzione va l'istituzione di sportelli informativi multietnici, l'impiego di mediatori interculturali nei servizi informativi e di accoglienza.

Un servizio che *accompagna* orienta l'utente prima, durante e dopo la fruizione degli interventi forniti. La funzione di accompagnamento si traduce, ad esempio, nella presenza di figure (spesso mediatori interculturali) che non si limitano a dare informazioni agli utenti, ma li accompagnano nelle strutture e li seguono in tutto il percorso di cura. Mantiene rapporti stabili e formalizzati con gli altri soggetti locali che

⁴ A. Sen, *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna, 2006.

⁵ O. Casale, P. Di Santo, *Piano Sociale di Zona*, Seconda edizione aggiornata, Ediesse, 2008.

lavorano attorno allo stesso tema (salute, sociale e migrazione) per favorire la costruzione di percorsi di continuità assistenziale e di cura. Un servizio che guarda alla *partecipazione* incoraggia operatori, cittadini e utenti a condividere le responsabilità gestionali, attraverso la costituzione di organismi come i comitati di gestione aperti, utilizza modalità e strumenti di programmazione e valutazione partecipata degli interventi, attiva uffici di informazione e di reclamo. Un servizio partecipativo coinvolge attivamente gli utenti (singoli e comunità, *opinion leader* stranieri, privato sociale e associazionismo), esce dai suoi confini per cercare confronto con l'ambiente esterno. Attività tipiche dei servizi che mirano alla partecipazione sono, ad esempio, il reclutamento attivo dell'utenza, la gestione di modalità di interazione costanti con il pubblico di riferimento, anche nei luoghi e nelle occasioni di incontro con esso.

I servizi caratterizzati da *flessibilità* non impongono un'unica modalità di utilizzo, ma offrono diverse forme di erogazione in modo da permettere agli utilizzatori di scegliere i moduli più adatti e gli spazi più vicini a loro. Gli orari sono ripensati in base alle esigenze dei cittadini e le prestazioni sono erogate anche al di fuori delle strutture (ad esempio presso i luoghi di aggregazione delle comunità straniere). Un servizio che opera come *sistema aperto* cura la comunicazione con l'esterno, costruisce e utilizza in maniera efficace strategie e strumenti comunicativi tradotti e/o elaborati anche con la collaborazione delle comunità straniere. Predisporre strumenti per la raccolta e l'analisi delle richieste degli utenti e dei loro bisogni specifici di salute; costruisce legami con gli altri servizi e lavora in maniera integrata con essi attraverso reti collaborative.

Linee guida per l'integrazione socio-culturale dei migranti nei servizi di promozione della salute

Dai risultati delle due ricerche sono emerse quindi alcune dimensioni strategiche per favorire l'inclusione degli stranieri nei servizi di promozione della salute. Queste dimensioni (cluster) sono state sottoposte all'analisi di esperti nazionali che hanno elaborato le linee guida per servizi attenti ad accogliere le differenze.

Queste possono essere così sintetizzate:

- **conoscenza del territorio:** analisi dei bisogni di salute omogenea, periodica e completa della popolazione residente straniera

- al fine di programmare servizi appropriati
- **cambiamento del paradigma di cura e coinvolgimento attivo** di tutti i cittadini. Al singolo vanno restituite le responsabilità e l'autonomia nelle scelte di salute, per mettere in atto un cambiamento per sé e per la collettività.
- **ri-organizzazione dei servizi**, che deve essere mirata alla garanzia della parità d'accesso per ciascun utilizzatore, mettendo al centro del sistema il singolo e le sue esigenze di salute - abbassare la soglia d'accesso.
- **miglioramento e implementazione delle strategie comunicative** che vanno integrate nel processo di programmazione. Le strategie comunicative vanno programmate in maniera partecipata con le comunità straniere e realizzate in collaborazione con tutti i soggetti della rete dei servizi socio-sanitari locali.
- **mediazione interculturale nei servizi** che deve essere garantita attraverso la presenza, ormai irrinunciabile, dei mediatori nei servizi front. Ma anche il resto del personale sanitario, amministrativo, gli sportellisti devono possedere delle competenze in merito alla ricezione e all'accoglienza di utilizzatori stranieri.
- **lavoro in rete:** la collaborazione e il coordinamento dei diversi portatori di interesse deve essere una priorità nella programmazione e nell'erogazione degli interventi. Si parla di una collaborazione che deve essere intersettoriale, istituzionale e sociale, formale e informale.

Cambiare il paradigma di cura

Le 30 esperienze selezionate hanno investito su tutte le dimensioni ritenute indispensabili per rendere un servizio di promozione della salute appropriato e pronto ad accogliere immigrati. In questo articolo vengono presentate solo alcune delle esperienze selezionate e analizzate dalla ricerca⁶ per illustrare i diversi elementi chiave.

Il *filo rosso* tra le esperienze è rappresentato dal ruolo attivo attribuito agli utenti, tutte hanno lavorato sull'empowerment e sulla crescita della sussidiarietà.

Tutti i servizi analizzati hanno investito sullo sviluppo di strategie di comunicazione orientate ad aumentare le capacità degli utenti di e-

⁶ Abstract della ricerca e documentazione sui progetti sono disponibili sul sito di Studio Come www.studiocome.it

esercitare il proprio diritto alla salute. Molte campagne e percorsi informativi sono stati progettati e realizzati con il coinvolgimento diretto delle comunità straniere. Altro elemento comune è la capacità di considerare e di ricomporre interessi e culture diverse, valorizzando le differenze. Tutti gli esempi si basano sulla conoscenza del territorio, sul riconoscimento dell'importanza del ruolo giocato dalle comunità di stranieri con le quali dirigenti e operatori ricercano il confronto e la corresponsabilità di gestione.

Conoscere il territorio

Il progetto *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia* realizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Nazionali (Agenas) rappresenta un buon esempio per la costruzione dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione straniera.

Il progetto, svolto in collaborazione fra Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM) e Regione Marche, ha elaborato una metodologia di analisi e un set di 36 indicatori per l'analisi dei principali problemi di salute degli immigrati, utili a quanti – a livello nazionale e regionale – sono coinvolti nella costruzione del profilo di salute e nella programmazione dei servizi sanitari, di prevenzione e cura.

Il progetto, basato sull'integrazione di flussi informativi provenienti sia da fonti demografiche (anagrafe, permessi di soggiorno, anagrafe assistiti) sia da fonti che descrivono la domanda di salute (schede di dimissioni ospedaliere, IVG, aborto spontaneo, certificati di assistenza al parto, screening oncologici, malattie infettive, schede morte, infortuni sul lavoro), in modo da considerare globalmente i bisogni di salute dei cittadini immigrati, ha promosso la collaborazione intersettoriale e interistituzionale di tutti gli attori coinvolti nella *filiera* dei servizi socio sanitari, li ha messi in comunicazione tra loro e ha mirato all'integrazione dei processi di raccolta dei flussi informativi, anche attraverso la costituzione di un Tavolo Interregionale.

La formazione interculturale

Mum Health, realizzato dalla Regione Toscana, è un progetto che ha investito in maniera sistematica sulla formazione e sull'aggiornamento degli operatori delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali.

Nato dall'esigenza delle Aziende Sanitarie Toscane di ripensare l'offerta dei servizi, anche attraverso il coinvolgimento diretto delle comunità straniere, ha lavorato su diversi fronti:

dall'analisi dei flussi informativi relativi ai servizi locali di salute riproduttiva, alla mappatura delle associazioni e delle comunità straniere presenti nei territori, fino all'elaborazione di materiali di educazione alla salute e di linee-guida per l'accoglienza, prodotti direttamente dagli operatori in formazione.

Sono stati organizzati incontri informativi e formativi per gli operatori delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali, per individuare e condividere gli strumenti di presa in carico delle donne straniere, a partire dalle buone prassi locali. La formazione e l'informazione effettuate verso gli operatori di tutta la filiera dei servizi di salute ha avuto l'obiettivo di rafforzare la capacità di lavorare in rete, offrendo supporto tecnico e tutoraggio continuo. L'intervento ha operato "dal basso" con un modalità partecipativa, attraverso l'organizzazione di "laboratori" formativi, a partire dalle esigenze degli operatori e delle comunità, valorizzando le risorse presenti. Sono stati realizzati incontri con le principali associazioni e comunità locali per individuare e condividere strumenti e strategie efficaci di coinvolgimento del pubblico straniero, promuovendo l'*empowerment* delle diverse comunità coinvolte. Gli incontri formativi hanno prodotto delle raccomandazioni sulla presa in carico delle pazienti straniere, che sono state diffuse alle direzioni aziendali e a tutti gli attori regionali, attraverso un coinvolgimento ampio, diretto a tutti i livelli della filiera dei servizi socio-sanitari.

Promuovere la salute attraverso il coinvolgimento attivo del fruitore

Il progetto *Promozione del Programma di Screening Citologico regionale fra le donne immigrate*, realizzato dall'Agenzia di Sanità Pubblica, ha invece lavorato e investito sul reclutamento attivo del pubblico immigrato. L'intervento pilota si svolge su tutto il territorio laziale ed è tuttora in corso. Partendo dall'analisi quali-quantitativa delle barriere d'accesso ai servizi di screening citologico per le donne immigrate, raccolte attraverso *focus group* e questionari, l'Agenzia ha elaborato un modello di offerta attiva – condiviso da tutte le ASL regionali – che propone la realizzazione delle attività di screening presso i luoghi di aggregazione delle comunità, come i luoghi religiosi, le ambasciate, i luoghi della vita quotidiana. L'attività di screening citologico è stata realizzata quindi al di fuori della struttura sanitaria, andando incontro alle esigenze delle singole comunità e promuovendo la collaborazio-

ne di attori e soggetti estranei al sistema sanitario. Il programma ha fornito occasioni di dialogo e conoscenza reciproca fra sistema sanitario e comunità straniere.

La mediazione interculturale

L'Ambulatorio di Salute riproduttiva e *day hospital IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza)* dell'azienda Ospedaliera romana San Camillo Forlanini offre uno spaccato sul ruolo fondamentale della mediazione interculturale. Nell'Ambulatorio, infatti, la mediazione interculturale è uno strumento e una modalità strategica di informazione, ascolto e orientamento dell'utente straniero che ha influenzato lo sviluppo dell'offerta.

Il servizio, nato come ambulatorio *day hospital* per interruzioni di gravidanza, a partire dalla lettura delle caratteristiche ed esigenze dell'utenza, rappresentata in maggioranza da donne straniere, ha trasformato la propria mission diventando un ambulatorio per la salute riproduttiva e la contraccezione, centro di riferimento regionale per le mutilazioni genitali femminili e punto di riferimento per tutta l'azienda per la mediazione interculturale.

La mediazione è quindi un fattore strategico che avvicina il singolo utilizzatore al sistema, se costruisce percorsi di tutoraggio e di accompagnamento dentro e fuori il servizio. L'ambulatorio, con l'utilizzo costante della mediazione, è riuscito ad abbassare la soglia d'accesso e ad allargare il proprio raggio di intervento lavorando sulla consapevolezza e sull'*empowerment* delle donne; è uscito dai confini dell'azienda, si è aperto al territorio, promuovendo la collaborazione e la partecipazione delle comunità immigrate locali, delle associazioni di donne e del Terzo settore, creando spazi di sussidiarietà e di co-gestione in cui sperimentare condivisione di responsabilità e confronto ("Forum salute donne italiane e migranti").

Ri-organizzare il servizio per garantire inclusione sociale e pari opportunità

Interessante è infine l'esperienza del progetto *Ospedale Culturalmente Competente*, realizzata dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

Il progetto mira alla realizzazione di un modello organizzativo e gestionale finalizzato alla presa in carico globale di tutti i pazienti, a partire dalle esigenze specifiche degli utenti stranieri. Le attività di tutte le unità operative complesse dell'azienda ospedaliera vengono rilette e ri-organizzate attraverso l'introduzione

di procedure e l'attribuzione di impegni di budget finalizzati alla presa in carico dell'utente straniero. L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha colto la necessità di qualificare l'accoglienza e la presa in carico dell'utente straniero, come un'opportunità per migliorare l'intera *performance* aziendale, orientando il sistema alla qualità dei servizi e al rispetto dei criteri di economicità. Alcuni esempi dei cambiamenti in atto sono:

- analisi dei flussi informativi ospedalieri sull'accesso degli stranieri, attraverso il coinvolgimento attivo del sistema informativo dell'azienda
- definizione di procedure di intervento e formazione interculturale di tutto il personale, sfruttando anche le reti assistenziali esistenti nel territorio
- utilizzo della mediazione *face-to-face*, telefonica e a chiamata, e costituzione di un URP Interculturale.

 **Patrizia Di Santo***

* La ricerca è stata realizzata dall'equipe di Studio Come s.r.l. costituita da Patrizia Di Santo, Tania Cavallo, Sara di Cesare.

A lezione con Ascanio Celestini: usare l'arte per raccontare il sociale

Raccontare il sociale attraverso l'arte. Provare ad andare oltre la semplice analisi tecnica o specialistica, usando tutti gli strumenti della narrazione: il corpo, la voce, l'evocazione artistica. Raccontare il sociale da un altro punto di vista, dando vita sul palcoscenico ai grandi temi del nostro tempo: il lavoro e la precarietà, il disagio psichico, la marginalità, la memoria del passato.

È stato questo il focus di una lezione-evento di Ascanio Celestini dal titolo "Raccontare il sociale", tenutasi presso la Scuola del Sociale della Provincia di Roma lo scorso 10 giugno. Quattro ore in cui l'attore e scrittore romano ha dimostrato a una platea di 50 persone che è possibile usare l'arte per raccontare la società attuale, i suoi problemi e le sue sfaccettature.

Prendendo spunto dai suoi lavori e scritti sulla precarietà del lavoro (*Parole Sante*, *Appunti per un film sulla lotta di classe*, *Fabbrica*), sulla realtà delle strutture psichiatriche (*La pecora nera*), sulla guerra (*Scemo di guerra*), Ascanio Celestini ha provato come, attraverso un intenso e accurato lavoro di ricerca espressiva e artistica, è possibile dar vita a un processo di conoscenza dei temi sociali più profondo, ricco ed efficace, in cui la dimensione dell'inchiesta sociale lascia spazio a un tipo di comunicazione che si avvale della lente artistica e narrativa del racconto e della messa in scena.

"Non esiste una memoria se non c'è l'atto del ricordare", ha affermato Ascanio Celestini. "La memoria c'è ma non è come la memoria esterna di un computer o come i libri in una biblioteca o su una libreria. Proprio come i libri di una libreria o di una biblioteca se non vengono consultati, se non si ha un accesso a quella memoria, quella memoria è come se non esistesse per niente. Dunque, noi perdiamo la memoria non perché non abbiamo dei supporti tecnologici che ci permettano di gestirla, di acquisirla, di immagazzinarla, di archivarla. Noi, paradossalmente, viviamo nell'epoca storica in cui probabilmente c'è la maggiore archiviazione della memoria e delle memorie. Il problema è che non abbiamo i tempi e i luoghi per recuperarla, per lasciare spazio all'atto del ricordare e dunque anche per raccontare. Allora, oggi noi dovremmo fare il procedimento inverso rispetto a quello che è stato fatto nei decenni, forse nei secoli scorsi. Ovverossia noi dovrem-

mo incominciare a dimenticare, a gettare via un po' di questa memoria, a gettare via quello che non ci serve. (...) Dunque, da una parte, la memoria come un oggetto, in qualche modo separato da sé stessi, il ricordare come atto del recuperare quella memoria, il raccontare e quindi il rimettere quella memoria in circolazione e soprattutto produrre relazioni tra noi e fare *cultura* in senso antropologico; dall'altra, però, anche gettare via quello che non serve. Perciò, attraverso la memoria, l'atto del ricordare, il raccontare, iniziamo a separare quello che ci serve da quello che non ci serve".

L'interesse di Celestini per questo tema si è sviluppato ulteriormente grazie all'esperienza di un laboratorio realizzato qualche anno fa a Modena con 15 persone che avevano fatto la guerra. Ognuno di queste ha raccontato la propria storia legata al conflitto mondiale ed è emerso che c'è una differenza sostanziale tra la *memoria* e l'*atto del ricordare*, tra la *memorizzazione* e l'*atto del ricordare* da cui scaturisce la memoria. "La memoria funziona se c'è l'atto del ricordare", sostiene Celestini. "La memoria non è statica, ma è vicina all'atto del ricordare. Attraverso l'azione del raccontare la memoria cresce. E quando la memoria cresce diventa drammaturgia, acquisisce uno stile letterario e diventa una vera e propria invenzione letteraria".

Le storie che Celestini ha raccolto durante il laboratorio, e che ha proposto e condiviso con il pubblico presente in sala, hanno dimostrato che, nonostante siano rimasti invariati i meccanismi del racconto (stessa struttura, stessa chiusa), con il passare del tempo e con la pratica del raccontare, le narrazioni personali si allungano, si arricchiscono di particolari. È come se, più si raccontasse un episodio, più questo riaffiorasse dal passato, assumesse i contorni e i tratti di un'immagine, prendesse vita, corpo, forma e concretezza. In questo senso, dunque, per riprendere quanto detto dallo stesso Celestini "la memoria è uno strumento del presente". In altri termini, pur riconoscendo uno stile proprio nell'atto del raccontare (non a caso Celestini afferma che "La memoria è individuale, soggettiva"), le stesse storie e gli stessi avvenimenti raccontati dai medesimi protagonisti, a distanza di tempo diventano delle storie diverse, *altre* storie.

Le funzioni del ricordare e del raccontare sono innumerevoli. Per esempio, c'è chi ha bisogno di raccontare il proprio ricordo. Il racconto, infatti, parte da e funziona se c'è un'immagine di origine, un *ricordo* per l'appunto. Nel momento in cui si procede al racconto, la memoria riemerge e il ricordo riaffiora. Si inizia a collocare il proprio ricordo in uno spazio e in un tempo ben definiti, e lo si arricchisce di descrizioni relative ai luoghi e si forniscono indicazioni di tipo temporale. La memoria si trasforma in un ricordo visivo e si inizia a descrivere il luogo del proprio ricordo. Piano piano, proprio attraverso l'atto del ricordare, la memoria si riempie di elementi e di dettagli: è come se, oltre a poterlo visualizzare, il proprio ricordo lo si potesse anche annusare, toccare. In altre parole è come se lo si potesse rivivere. In questo senso, dunque, il racconto è catartico e liberatorio. Ma il racconto è anche il simbolo e il mezzo per raggiungere l'emancipazione. Della donna per esempio. Questa volta è lo stesso Celestini a scavare nella propria memoria, a esercitarsi nell'atto del ricordare e a raccontare al pubblico presente la propria infanzia di bambino cresciuto con una nonna che gli raccontava delle storie. Tante storie, tutte diverse ma tutte accomunate dall'aver come protagoniste delle donne, o meglio delle *superdonne*: buone o cattive, belle o brutte, streghe o fate ma tutte dotate di superpoteri, di un'intelligenza superiore o di una qualsiasi altra caratteristica e qualità che ne faceva delle donne *extra-ordinarie*. Il racconto di storie che vedevano come protagoniste queste donne speciali era un mezzo per permettere l'emancipazione delle "donne normali". Si arrivava all'emancipazione attraverso il racconto. E attraverso il racconto si cercava di sublimare la reale mancanza di indipendenza e autodeterminazione, di riscattare la propria condizione di disparità, di affrancarsi da certi modelli culturali diffusi e dominanti. In questo senso, dunque, il racconto diventa non solo la via per raggiungere l'emancipazione, ma è esso stesso un vero e proprio *bisogno culturale*.

L'evento è stato fortemente voluto, promosso e patrocinato dalla Provincia di Roma. Si è svolto presso la Scuola del Sociale della Provincia, un Centro di Formazione Professionale della stessa Provincia. Inaugurato nel giugno 2009, il centro si configura come una vera e propria scuola pubblica e gratuita; è aperto a tutti e si rivolge in particolar modo a chi intende progettare il proprio futuro professionale nel

sociale, a chi già opera nel Terzo settore, al personale della Pubblica Amministrazione impegnato nella realizzazione del welfare locale. Nel corso del suo primo anno di attività, presso la Scuola del Sociale si sono tenuti più di 600 ore di lezione, oltre 60 seminari brevi e incontri, eventi, presentazioni di libri, conferenze, manifestazioni culturali a cui hanno preso parte oltre 1400 persone.

"La Scuola nasce come luogo di incontro e confronto fra mondo del Terzo settore, delle università, delle forze sociali, delle organizzazioni sindacali e imprenditoriali", ha dichiarato l'Assessore provinciale al Lavoro e Formazione, Massimiliano Smeriglio, che ha assistito alla lezione di Celestini. "Con questa struttura abbiamo voluto creare un'opportunità di lavoro e di formazione per i giovani della nostra Provincia nel campo delle professioni sociali, e allo stesso tempo dare la possibilità a chi già opera nei servizi sociali di aggiornarsi in maniera gratuita. Questa struttura è una porta aperta a tutti i giovani o a chi intende lavorare in un settore strategico come questo. Un settore su cui la nostra Amministrazione ha puntato fin dall'inizio e sul quale intendiamo continuare a investire con una programmazione seria e lungimirante. L'evento che abbiamo organizzato - ha concluso Smeriglio - ha un ospite d'eccezione. Ascanio Celestini rappresenta quella parte del mondo della cultura socialmente impegnata e sempre attenta ai bisogni e ai problemi della comunità. Il suo modo di fare cultura non è solo del tutto nuovo, ma è in grado di arrivare al pubblico in modo veloce e diretto".

 **Flavia Bagni***
Zaira Bassetti

* Laureata in Scienze della Comunicazione a "La Sapienza" - Università di Roma, dopo una breve esperienza da ricercatrice all'Università nel settore degli studi sul mercato del lavoro, ha intrapreso un'attività nel settore della comunicazione e degli Uffici Stampa. Oggi collabora con l'Assessorato al lavoro e formazione della Provincia di Roma.



LiBrInMenTe

**Erano solo ragazzi in cammino.
Autobiografia di Valentino Achak Deng**
di
Silvia Spatari

Erano solo ragazzi in cammino. Solo bambini smarriti, piccoli profughi catapultati in una traversata all'inferno per sfuggire agli orrori della guerra civile. In questo libro Dave Eggers, che di storie se ne intende, addensa la loro straziante fuga dalle parole di uno dei protagonisti, Valentino Achak Deng.

Era Valentino per il prete cattolico che l'aveva battezzato. Sua madre, alta e bellissima nel suo vestito color del sole, lo chiamava Achak. Al campo profughi lo avevano soprannominato invece Venuto da lontano. Dal Sudan fino in Etiopia e dopo anche in Kenya, per l'esattezza. Con una lunga marcia luttuosa, un'odissea contemporanea secca di deserto, brutale di genocidio. Era figlia del petrolio la guerra da cui Valentino fuggiva, degli interessi politici e della ferocia religiosa. Della tenace follia umana, che per trent'anni si è abbattuta sul Sudan meridionale causando distruzione, e la perdita dell'innocenza. La chiave di questa storia è infatti l'infanzia perduta di Valentino, disgregata dall'abbaglio agghiacciante della morte che indugia nel fucile di un miliziano e nell'acqua infetta di una pozzanghera e nello sguardo di un leone.

E l'abbaglio sarà per sempre accanto a te, dentro di te, anche quando cresci e vieni accolto ad Atlanta come rifugiato e non trovi la felicità, forse solo nuove forme di persecuzione. Ma quello a cui sei sopravvissuto laggiù nel deserto ti dà la forza di parlare, di riempire tutta l'aria con le tue parole, perché mai nessuno dimentichi, *"finché non tornerà a Dio"*.

Dave Eggers
2008, Mondadori
€ 11,50

Hanno collaborato a questo numero

Flavia Bagni,
Zaira Bassetti,
Patrizia Di Santo,
Francesco Montemurro,
Matteo Domenico Recine,
Silvia Spatari

Redattore

Zaira Bassetti

Impaginazione

Zaira Bassetti, Marco Biondi

Redazione

Piazza del Gesù, 47 - Roma

Potete inviarci le vostre osservazioni,
le critiche e i suggerimenti, ma anche gli indirizzi e i recapiti
ai quali volete ricevere la nostra *webzine* alla nostra e-mail: info@nuovowelfare.it